



Blomberg Klinik

Soziale Erlebnisgestaltung

Angehöriger: _____

Bewohner/in: _____

Anschrift: _____

Für eventuelle Rückfragen:

Tel: _____ wann tel. erreichbar: _____

Mobil: _____ Email: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass..... an kostenpflichtigen Aktivitäten teilnehmen kann. Mein Einverständnis dazu kann ich jederzeit widerrufen.

- Dabei entstehende Kosten spielen keine Rolle, die Teilnahme ist zeitlich und finanziell unbegrenzt möglich.
- Die Kosten sollen 30 € pro Monat nicht übersteigen.
- Die Kosten sollen 20 € pro Monat nicht übersteigen.
- Die Kosten sollen 10 € pro Monat nicht übersteigen.

Datum/ Unterschrift.....